

مقایسه اختلالات زبان در بیماران اسکیزوفرنیای پارانوئید و غیرپارانوئید

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اختلالات زبان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن پارانوئید و غیرپارانوئید در مرکز روانپزشکی رازی صورت گرفته است. روش بررسی: در این پژوهش با استفاده از آزمون زبانپرسی فارسی، اختلالات زبان در ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا با نشانه‌های نوع مداوم (مزمن) که به دو گروه ۲۰ تایی (پارانوئید و غیرپارانوئید) زن و مرد تقسیم شده بودند، بررسی و مقایسه شد. نمونه‌های مورد مطالعه در هر دو گروه از نظر متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، مدت اقامت در بخشهای بستری دراز مدت، هم‌تاسازی شدند. مهارتهای زبانی مورد ارزیابی در آزمون فوق، عبارت بودند از: روانی‌گفتار آزاد، روانی‌گفتار توصیفی، کیفیت گفتار آزاد، کیفیت گفتار توصیفی، درک شنیداری، بیان شفاهی، درک زبان نوشتاری، نوشتن، تکرار و میزان واژگان. داده‌های بدست آمده با استفاده از برنامه آماری SPSS برای ویندوز تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این پژوهش، نشان داد که در تمام بیماران، امتیاز کلی مربوط به مهارتهای زبانی آزمون فوق، پایین‌تر از افراد سالم است و بیشترین کاهش مربوط به بخشهای کیفیت گفتار توصیفی، روانی‌گفتار توصیفی و میزان واژگان است.

نتیجه‌گیری: بیماران پارانوئید در قیاس با بیماران غیرپارانوئیدی در بخشهای روانی‌گفتار توصیفی، درک شنیداری، بیان شفاهی، میزان واژگان و امتیاز کلی آزمون، تفاوت معنی‌دار آماری نشان دادند. در بین متغیرهای دموگرافیک، تنها متغیر میزان تحصیلات با برخی از بخشهای آزمون ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

کلید واژه‌ها: اختلالات زبان / زبانپرسی / اسکیزوفرنیا / پارانوئید / غیر پارانوئید

دکتر فرزام پروا

روانپزشک

*** دکتر ربابه مزینانی**

روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم

بهبودی و توانبخشی

دکتر حسن عشایری

دکترای علوم اعصاب، استاد دانشگاه

علوم پزشکی ایران

پاشا جوادی خمایی

کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

* E-mail: Robabe-mazinani@yahoo.com



مقدمه

اختلالات زبان در اسکیزوفرنیا با اختلال تفکر پیوند خورده است، لذا در حوزه اختلالات گفتار و زبان در روانپزشکی، عمده توجه معطوف به اسکیزوفرنیا و اختلال تفکر در این بیماران است (۱).

در مورد رابطه تفکر و کلام، هنوز ابهامات زیادی وجود دارد. هرچند این ارتباط، ارتباطی ساده و یکسویه نیست و همانطور که ویگوتسکی (۱۹۶۴) مطرح نمود یک فرایند یا حرکت پیوسته از تفکر به واژه و از واژه به تفکر است و همانگونه که تفکر در واژه و زبان تجلی می‌یابد، نحوه نگرش ما به دنیا و درک رابطه اشیاء به میزان زیادی توسط ساختار زبانی شکل می‌گیرد (۲).

با توجه به ابهامات موجود، محققان درباره ماهیت دقیق اختلالات زبان و رابطه آن با اختلالات تفکر در اسکیزوفرنیا اتفاق نظر ندارند. دیدگاه سنتی که اختلال عمده را در این بیماری، اختلال فکر می‌داند و اختلال زبان را ثانویه به اختلال فکری می‌انگارد، چندان منطقی به نظر نمی‌رسد (۱). در مقابل دیدگاه دیگری وجود دارد که اختلال عمده در این بیماری را یک اختلال زبانی به شمار می‌آورد (۳) (چایکا به نقل از گورن ۱۹۷۴ و ۱۹۹۶) معتقد است که بیماران اسکیزوفرنیک از نظر زبانی، دچار زبان پریشی (Aphasia) متناوبی هستند که بر آن کنترلی ندارند و این اشتباهات لفظی در مقیاسی وسیع‌تر و نامنظم‌تر از افراد طبیعی، ناشی از لغزش اراده (Volition) است. (چایکا ۱۹۸۲ به نقل از سیمز ۱۹۹۵). زاز (۱۹۹۳) معتقد است برخلاف بیماران آفازیک، بیماران اسکیزوفرنیک در بیان خود مشکلی ندارند و این شنونده است که در فهم آنها دچار اشکال می‌شود و نتیجه می‌گیرد که این بیماران اختلال تفکر ندارند (۱۵). از نظر نوع اختلال زبان در اسکیزوفرنیا، در حالی که موریس (۵) این اختلال را بیشتر در رابطه با اختلال اجرایی (Executive Function) به ویژه حافظه فعال بررسی می‌کند، مورتی مرآن را بیشتر در ارتباط با اختلال ذخیره معنایی (Semantic Store) و دسترسی به آن در نظر می‌گیرد (۵). و فریت (۶) معتقد است تمام اختلالات زبان در اسکیزوفرنیا، تظاهراتی از محدودیت فرایندهای شناختی در زمینه قصد اراده شده هستند، به عبارت دیگر ساختارهای زبان شناختی در اسکیزوفرنیا سالم هستند و در اصطلاح چامسکی، «کنش اشکال دارد نه توانش».

مطالعه دی‌سیمونی و همکاران (۱۹۷۷) نشان داد که زبان بیماران اسکیزوفرنیک از نظر واژه‌ها متنوع و از حیث دستور زبان صحیح است و ویژگی‌هایی که بیش از همه، زبان این بیماران را از زبان بیماران زبان پریش (آفازیک) متمایز می‌کند، بالا بودن کفایت عمومی ارتباطی (adequacy) (General communicative) (در زمینه‌های نحو، نامبردن و نوشتن) و میزان بالای پاسخهای نامربوط (Irrelevant) است. (۷) مطالعه هالپرن (Halpern) و همکاران در سال ۱۹۸۴ نیز همین نتایج را نشان داد (۸).

مطالعه آندرسون و گراو (۱۹۷۷) نشان داد علائمی چون از خط خارج شدن (d-erailment)، قطعه قطعه شدن (Fragmentation) و واژه‌سازی (heologism) در اسکیزوفرنیا، آنها را به بیماران آفازیک خلفی (Semantic Store) شبیه می‌سازد (هیرش ۱۹۹۵)، گرچه ویژگی‌هایی

وجود دارد که می‌توان بر اساس آن بیماران اسکیزوفرنیک را از بیماران آفازیک خلفی متمایز ساخت (۹ و ۱۰).

از نظر اثر طول دوره بیماری بر کارکردهای زبانی این بیماران، مطالعه دی‌سیمونی و همکاران (۱۹۷۷) نشان داد چنین رابطه‌ای (از نوع منفی) با کارکرد زبانی در بیشتر زیرمجموعه‌های آزمون زبان پریشی وجود دارد به نحوی که با زمان بیماری و نیمرخ اختلالات زبانی، ابتدا به نیمرخ اختلالات زبانی بیماران مبتلا به تیرگی شعور (Confused)، سپس به نیمرخ اختلالات زبانی بیماران دچار زوال عقل (demented) شباهت پیدا می‌کند (۱۱). مطالعات وینگ و هالپرن نیز مؤید این امر است (۸ و ۱۳).

از مدل‌های آماری مورد استفاده در بررسی زبان بیماران اسکیزوفرنیک، ضریب کفایت کلام است که نسبت تعداد واژه‌های متفاوت به تعداد کل واژه‌های مورد استفاده در یک قطعه مشخص از گفتار بیماران را می‌سنجد (۱)، مطالعه زیپف و مطالعه فرانگون نشان داد که این ضریب در بیماران اسکیزوفرنیک به نحو قابل توجهی کاهش یافته است (۱۳ و ۱ و ۷) اما مطالعه ملکی در بیماران فارسی زبان اسکیزوفرنیک (پارانوئید و غیرپارانوئید) در مقایسه با افراد نرمال نتوانست تفاوت معنی‌دار آماری را نشان دهد (۱).

هدف کلی تحقیق حاضر، بررسی مقایسه‌ای اختلالات زبان، بر اساس آزمون زبان پریشی فارسی (Farsi Aphasia Test) در دو گروه بیماران پارانوئید و غیرپارانوئید اسکیزوفرنیک با نشانه‌های مداوم (مزمن) است. اختلالات زبان در آزمون فوق در زمینه‌های روانی‌گفتار آزاد، روانی‌گفتار توصیفی، کیفیت گفتار آزاد، کیفیت گفتار توصیفی، درک شنیداری، بیان شفاهی، درک زبان نوشتاری، نوشتن، تکرار و میزان واژگان مورد سنجش قرار می‌گیرند.

روش بررسی

نمونه مورد آزمون شامل ۴۰ بیمار (۲۲ مرد و ۱۸ زن) در دامنه سنی ۳۴ تا ۶۰ سال بود که همگی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV - TR برای اسکیزوفرنیا (یکی از انواع پارانوئید، از هم‌گسیخته (Disorganized) و باقیمانده (Fluency)) همخوانی داشتند. جامعه مورد مطالعه، بیماران اسکیزوفرنیک مزمن بستری درازمدت در بلوکهای ۶ (مردان) و ۴ (زنان) مرکز روانپزشکی رازی بود که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها عدم سابقه اختلالات عضوی مغز، اختلالات جدی روانپزشکی محور یک، سوء مصرف مواد و فقدان نقایص عضوی مورد توجه قرار گرفت. داشتن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی و تکلم به زبان مادری فارسی از معیارهای شمول بود. بیماران بر اساس مراجعه به پرونده و تشخیص روانپزشک انتخاب و برای تأیید زیرگروه اسکیزوفرنیا مصاحبه مجدد شدند. بر این اساس ۲۲ بیمار مرد (۱۰ پارانوئید، ۱۲ غیر پارانوئید) و ۱۸ بیمار زن (۱۰ پارانوئید، ۸ غیر پارانوئید) انتخاب و در دو گروه ۲۰ تایی پارانوئید و غیر پارانوئید قرار گرفتند، هر دو گروه از نظر متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری و مدت اقامت در بلوک هم‌تاسازی شدند.

به‌هنگام اجرای آزمون زبان پریشی، علاوه بر ضبط صدای بیمار، بطور



میانگین‌های ۷/۰۱ و ۷/۵۸ را در مقیاس ۱۰ نمره‌ای نشان می‌دهند. سپس از نظر پایین بودن میانگین نسبی بترتیب بخش‌های میزان واژگان، درک شنیداری، درک زبان نوشتاری، بیان شفاهی و نوشتن قرار می‌گیرند و تکرار همان گونه که گفته شد بیشترین میانگین نسبی را به خود اختصاص می‌دهد. برای تمام بیماران در بخش درک شنیداری، بیشترین فراوانی اختلال، در جزء درک داستان کوتاه (۳۴ بیمار از ۴۰ بیمار)، در بخش بیان شفاهی بیشترین فراوانی اختلال در جزء نام بردن (۲۱ بیمار) و در بخش درک زبان نوشتاری بیشترین فراوانی اختلال در جزء درک خواندن (۳۵ بیمار) وجود داشت. برای گروه بیماران پارانوئید (۲۰ بیمار) بیشترین فراوانی اختلال همان بود که در بالا برای تمام بیماران ذکر شد، اما در گروه بیماران غیر پارانوئید (۲۰ بیمار)، فقط در محور بیان شفاهی، با آنچه در مورد تمام بیماران گفته شد، تفاوتی وجود داشت به این نحو که در این گروه علاوه بر نام بردن (که اختلال آن در ۱۴ بیمار از ۲۰ بیمار وجود داشت) در اجزای از حفظ گفتن قطعات آهنگین (۱۴ بیمار) و پاسخهای تک کلمه ای (۱۵ بیمار) نیز فراوانی اختلال نسبت به بقیه بخش‌های قسمت بیان شفاهی بالاتر بود.

بیماران پارانوئید در قیاس با بیماران غیر پارانوئید در عمده بخش‌های آزمون عملکرد بهتری داشتند (جدول ۲) اما این عملکرد بهتر فقط در بخش‌های روانی‌گفتار توصیفی، میانگین روانی‌گفتار، درک شنیداری، بیان شفاهی، میزان واژگان و امتیاز کلی آزمون از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$). از بین متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، مدت زمان گذشته از بیماری و مدت زمان اقامت در بخش‌های مزمن (بلوک‌ها)، تنها متغیر تحصیلات با برخی بخش‌های آزمون (یعنی بخش‌های کیفیت گفتار توصیفی، بیان شفاهی، درک زبان نوشتاری، نوشتن، تکرار و میزان واژگان) و همینطور امتیاز کلی آزمون یک ارتباط معنی‌دار مستقیم را نشان داد ($P < 0.05$) و ارتباط بقیه متغیرها با بخش‌های آزمون و امتیاز کلی آن معنی‌دار نبود.

همزمان، فیلمبرداری نیز صورت گرفت (به منظور فهم بهتر گفتار ضبط شده بیماران) برای انجام بخش‌های آزمون، راهنمای انجام آزمون و بخش‌های مربوطه برای بیمار خوانده شد و پاسخ‌های او توسط آزمونگر ثبت شدند و برای بخش نوشتن، کاغذ و مداد در اختیار بیمار قرار گرفت.

ابزار لازم در این پژوهش، آزمون زبان پریشی فارسی (نیلی پور ۱۳۷۰ - ۱۳۶۴) بود که با معیارهای بین‌المللی آفازیولوژی استاندارد شده و با توجه به مشخصات زبانی و فرهنگی ایران تهیه گردید. این آزمون شامل ۲۵ مهارت فرعی زبانی و غیرزبانی در قالب ۲۱۷ پرسش است که هر یک از این ۲۵ مهارت با مقیاس ۱۰ درجه ای با افراد سالم که امتیاز ۱۰ دارند مورد مقایسه قرار می‌گیرند. به این ترتیب امتیاز کلی آزمون برای افراد سالم ۲۵۰ است.

یافته‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از برنامه آماری SPSS برای windows تحلیل آماری شد. نتایج آمار توصیفی (جدول ۱) بیانگر این نکته است که در مورد تمام بیماران امتیاز کلی آزمون از افراد سالم پایین‌تر است و میانگین امتیاز کلی آزمون برای تمام بیماران ۲۲۰/۴۸ (در مقیاسه با ۲۵۰ برای افراد سالم) و اختلالات زبان در تمام زیرگروه‌های آزمون بطور مساوی توزیع نشده‌اند بنحوی که بیشترین اختلال در کیفیت گفتار توصیفی و معدل کیفیت گفتار دیده می‌شود و کمترین اختلال (یا بیشترین میانگین نسبی) در زمینه تکرار وجود دارد. (میانگین ۱۹/۷۵ از حداکثر ۲۰). کیفیت گفتار توصیفی و معدل کیفیت گفتار نیز در تعداد بیشتری از بیماران اختلال نشان می‌دهد (بترتیب در ۳۹ و ۳۸ نفر از ۴۰ بیمار) و در مقیاس ۱۰ نمره‌ای میانگین پایین‌تری دارند (این میانگین در مورد کیفیت گفتار توصیفی ۵/۲۶ و در مورد معدل کیفیت گفتار ۶/۸۷ است). روانی‌گفتار توصیفی (Fluency) و معدل روانی‌گفتار نیز هر کدام در ۳۶ نفر از بیماران پایین‌تر از افراد نرمال هستند و بترتیب

جدول ۱: حداقل - حداکثر - میانگین - انحراف معیار و نمودار هیستوگرام نتایج هر یک از بخش‌های آزمون زبان پریشی فارسی در بیماران اسکیزوفرنیک مزمن

| نمودار تقریبی هیستوگرام | انحراف معیار | معدل | حد اکثر | حد اقل | تعداد |
|-------------------------|--------------|---------|---------|--------|-------|
| | ۱/۶۵۵ | ۷/۹۴۳ | ۱۰/۰ | ۴/۸ | ۴۰ |
| روانی‌گفتار آزاد | | | | | |
| | ۱/۷۳۲ | ۷/۰۱۳ | ۱۰/۰ | ۳/۶ | ۴۰ |
| روانی‌گفتار توصیفی | | | | | |
| | ۱/۴۶۵ | ۷/۵۸۷ | ۱۰/۰ | ۴/۸ | ۴۰ |
| معدل روانی‌گفتار | | | | | |
| | ۱/۷۷۷ | ۷/۳۹۰ | ۱۰/۰ | ۳/۴ | ۴۰ |
| کیفیت گفتار آزاد | | | | | |
| | ۱/۶۲۵ | ۵/۲۶۵ | ۱۰/۰ | ۲/۴ | ۴۰ |
| کیفیت گفتار توصیفی | | | | | |
| | ۱/۶۷۹ | ۶/۸۷۰ | ۱۰/۰ | ۳/۳ | ۴۰ |
| معدل کیفیت گفتار | | | | | |
| | ۹/۴۴ | ۵۰/۶۴ | ۶۰ | ۶ | ۴۰ |
| درک شنیداری | | | | | |
| | ۷/۸۱۹ | ۹۳/۰۹۵ | ۱۰۰/۰ | ۶۷/۳ | ۴۰ |
| بیان شفاهی | | | | | |
| | ۴/۶۷ | ۳۳/۹۳ | ۴۰ | ۱۸ | ۴۰ |
| درک زبان نوشتاری | | | | | |
| | ۶/۷۹ | ۲۶/۸۰ | ۳۰ | ۶ | ۴۰ |
| نوشتن | | | | | |
| | ۰/۹۲۶۸ | ۱۹/۷۵۰۰ | ۲۰/۰۰ | ۱۵/۰ | ۴۰ |
| تکرار | | | | | |
| | ۴/۵۳۹۳ | ۲۳/۷۵۲۵ | ۳۰/۰۰ | ۱۱/۳۰ | ۴۰ |
| میزان واژگان | | | | | |
| | ۲۱/۹۸۴ | ۲۲۰/۴۸۳ | ۲۴۶/۱ | ۱۴۷/۱ | ۴۰ |
| امتیاز | | | | | |



جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نتایج بخشهای مختلف آزمون زبان پریشی فارسی در گروههای بیماران پارانوئید و غیرپارانوئید
و سطح معنی داری اختلاف این دو گروه

| سطح معنی داری | خطای معیار | انحراف معیار | معدل | تعداد | گروه | آزمون |
|---------------|------------|--------------|---------|-------|---------------|--------------------|
| ۰/۳۸۱ | ۰/۳۹۲ | ۱/۷۵۲ | ۸/۱۷۵ | ۲۰ | پارانوئید | روانی گفتار آزاد |
| | ۰/۳۴۹ | ۱/۵۶۲ | ۷/۷۱۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۶ | ۱/۴۵۶ | ۷/۹۴۵ | ۲۰ | پارانوئید | روانی گفتار توصیفی |
| | پ ۰/۳۳۲ | ۱/۴۸۵ | ۶/۰۸۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۰۲ | ۰/۳۳۱ | ۱/۴۸۲ | ۸/۲۸۵ | ۲۰ | پارانوئید | معدل روانی گفتار |
| | ۰/۲۴۳ | ۱/۰۸۹ | ۶/۸۹۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۲۷۵ | ۰/۳۵۴ | ۱/۵۸۴ | ۷/۰۸۰ | ۲۰ | پارانوئید | کیفیت گفتار آزاد |
| | ۰/۴۳۴ | ۱/۹۴۱ | ۷/۷۰۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۳۶۷ | ۰/۳۵۷ | ۱/۵۹۶ | ۵/۵۰۰ | ۲۰ | پارانوئید | کیفیت گفتار توصیفی |
| | ۰/۳۷۱ | ۱/۶۶۰ | ۵/۰۳۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۹۷۱ | ۰/۳۳۵ | ۱/۴۹۹ | ۶/۸۶۰ | ۲۰ | پارانوئید | معدل کیفیت گفتار |
| | ۰/۴۲۱ | ۱/۸۸۲ | ۶/۸۸۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۲۵ | ۱/۰۳ | ۴/۵۹ | ۵۴/۲۴ | ۲۰ | پارانوئید | درک شنیداری |
| | ۲/۶۴ | ۱۱/۷۹ | ۴۷/۶۵ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۰۲ | ۰/۹۱۴ | ۴/۰۸۹ | ۹۶/۸۸۵ | ۲۰ | پارانوئید | بیان شفاهی |
| | ۱/۹۸۲ | ۸/۸۶۲ | ۸۹/۳۰۵ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۹۰ | ۰/۶۸ | ۳/۰۶ | ۳۵/۱۹ | ۲۰ | پارانوئید | درک زبان نوشتاری |
| | ۱/۲۷ | ۵/۶۷ | ۳۲/۶۸ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۲۴۹ | ۱/۲۷ | ۵/۶۸ | ۲۸/۰۵ | ۲۰ | پارانوئید | نوشتن |
| | ۱/۷۲ | ۷/۶۹ | ۲۵/۵۵ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۱۸۳ | ۰/۰۵ | ۰/۲۲۳۶ | ۱۹/۹۵۰۰ | ۲۰ | پارانوئید | تکرار |
| | ۰/۲۸۵۴ | ۱/۲۷۶۳ | ۱۹/۵۵۰۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۲۷ | ۰/۶۰۷۶ | ۲/۷۱۷۱ | ۲۵/۳۳۵۰ | ۲۰ | پارانوئید | میزان واژگان |
| | ۱/۲۱۷۴ | ۵/۴۴۴۳ | ۲۲/۱۷۰۰ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |
| ۰/۰۰۸ | ۳/۲۶۷ | ۱۴/۶۱۰ | ۲۲۹/۵۰۰ | ۲۰ | پارانوئید | امتیاز |
| | ۵/۵۱۱ | ۲۴/۶۴۵ | ۲۱۱/۴۶۵ | ۲۰ | غیر پارانوئید | |



بحث

مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که با یک آزمون زبانپرسی در مورد اختلالات زبان در مبتلایان فارسی زبان اسکیزوفرنیک صورت گرفته است. در مطالعه دی‌سیمونی و همکاران (۱۹۷۷) که بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن با مجموعه آزمون آفازا صورت گرفته بود بیشترین اختلالات بترتیب در زمینه‌های مربوط بودن پاسخها (Relevance)، توانایی ریاضیات (Arithmetic)، درک زبان نوشتاری، روانی بیان و درک شنیداری بدست آمده بود و همان گونه که گفته شد کمترین اختلالات در زمینه‌های یادسپاری شنوایی (Audio retention)، نوشتن، کفایت (adequacy)، نام بردن و نحو وجود داشت. مطالعه هالپرن و همکاران (۱۹۸۴) نیز که بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن نوع نامتمایز صورت گرفته بود با مشابَهت‌هایی نشان داد بیشترین اختلال بترتیب در زمینه توانایی ریاضیات، کفایت، درک زبان نوشتاری، درک شنیداری و مربوط بودن پاسخها وجود دارد و سپس از نظر وجود اختلال بترتیب روانی بیان، یادسپاری شنوایی، نام بردن و نحو قرار می‌گیرند. (۱۰) با یک مقایسه کلی دیده می‌شود که در مطالعه حاضر نیز روانی بیان، درک شنیداری (بیشتر در جزء درک داستان کوتاه) و درک زبان نوشتاری (بیشتر در جزء درک خواندن) میانگین نسبی پایینی نشان می‌دهند. اما در مطالعه حاضر فراوانی اختلال در جزء نام بردن بطور نسبی بالا بود که بخشی از آن می‌تواند با تفاوت آزمونها در زبانهای فارسی و انگلیسی و بخشی از آن با ازمان بیماری و طول مدت اقامت در بیمارستان ارتباط داشته باشد، ضمن اینکه این بیماران در بخشهای روانی‌گفتار، کیفیت گفتار و میزان واژگان نیز به نحو شدیدی نسبت به سایر بخشهای آزمون اختلال نشان می‌دادند. در این مطالعه افت کارکردهای زبانی در بیماران غیر پارانوئید که در معیارهای تشخیصی خود استعداد اختلال زبان را نیز دارند (گفتار از هم گسیخته در اسکیزوفرنیای نوع گسیخته و آلویا در نوع باقیمانده) بیشتر اتفاق افتاده بود. با وجود معنی دار بودن عملکرد پایین تر گروه غیر پارانوئید در زمینه میزان واژگان در مقایسه با گروه پارانوئید، این اختلاف در زمینه اختلال نسبتاً شدید دیگر، یعنی کیفیت گفتار معنی دار نبود که می‌تواند اهمیت کمتری با اهمیت بیشتر عوامل محیطی را در کیفیت گفتار مطرح کند.

نکته دیگری که در نتایج آزمون جلب توجه می‌کند اختلال بیشتر گفتار توصیفی در مقایسه با گفتار آزاد است به نحوی که در زمینه کیفیت گفتار این اختلاف (کیفیت گفتار آزاد و توصیفی) از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/01$). (این همه در حالی است که شاخص کیفیت گفتار توصیفی در افراد سالم از شاخص کیفیت گفتار آزاد، بالاتر است (۱۴). این مسأله را شاید بتوان به این نحو توجیه نمود که در زمینه گفتار آزاد بیمار به راحتی در مورد اشتغالات ذهنی خود که بارها آنها را در ذهن مرور کرده صحبت می‌کند در حالی که در بخش

گفتار توصیفی باید راجع به چهار تصویر که محرکهای جدیدی هستند به شرح بپردازد و چه بسا اشتغالات ذهنی او برای چنین کاری یک عامل مداخله گر باشد.

با آنکه در بین متغیرهای دموگرافیک تنها تحصیلات با بخشهای آزمون ارتباط معنی دار را نشان می‌دهد، این موضوع بطور کلی ردکننده اهمیت مدت زمان گذشته از بیماری و مدت زمان اقامت در بخشهای مزمن و ارتباط آن با اختلالات زبان نیست چرا که همانطور که گفته شد بیماران مورد مطالعه در این تحقیق بیمارانی بودند که بطور عمده به اواسط یا اواخر دوره بیماری تعلق داشتند. برای اینکه بتوان با قطعیت بیشتری نقش مدت زمان گذشته از بیماری و مدت زمان اقامت در بلوک را تعیین نمود احتیاج به مطالعه دیگری است که با حجم نمونه بیشتر و گستردگی زمانی وسیع تر به مقایسه بیمارانی که مدت کوتاهی از شروع بیماریشان گذشته است، با بیماران مزمن بپردازد.

در کل نتایج این پژوهش نشان می‌دهد اختلالات زبان در اسکیزوفرنیا، حوزه‌ای است نیازمند مطالعه و توجه است که بویژه در زبان فارسی، کار و پژوهش بیشتری را می‌طلبد. از آنجا که نشان داده شده بین شدت اختلال زبان و عدم پاسخ دهی به درمان در این بیماری ارتباطی وجود دارد (۳)، این حوزه در آینده نه تنها ممکن است بدلیل اهمیت بالینی و پاسخ دهی به درمان، تقسیم بندی‌های جدیدی را در اسکیزوفرنیا مطرح کند بلکه می‌تواند نویدبخش گشوده شدن افق‌های تازه‌ای در زمینه زبان‌شناسی و معناسازی زبان باشد و چه بسا بتواند پرتوی نیز بر سؤال دیرینه بشر یعنی ارتباط کلام و تفکر بیافکند.

نتیجه‌گیری

مطالعه فوق نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از نوع پارانوئید در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنیای غیر پارانوئید در بخش‌های روانی‌گفتار توصیفی، درک شنیداری، بیان شفاهی، میزان واژگان و امتیاز کلی آزمون، تفاوت آماری معنی‌داری نشان می‌دهند بطوری‌که فراوانی اختلال در جزء نام بردن بطور نسبی بالا بوده و نیز در بخش‌های روانی‌گفتار، کیفیت گفتار و میزان واژگان به نحوه شدیدی نسبت به سایر بخش‌های آزمون اختلال نشان می‌دهند.

همچنین افت کارکردهای زبانی در بیماران غیر پارانوئید اسکیزوفرنیا بیشتر اتفاق می‌افتد. ولی اگر چه این گروه بیماران اسکیزوفرنیا از افت عملکرد معنی‌دار برخوردار می‌باشند، در زمینه کیفیت گفتار تفاوت آماری بین دو گروه اسکیزوفرنیای غیر پارانوئید و پارانوئید معنی‌دار نمی‌باشد. علاوه بر اختلال بیشتر در گفتار توصیفی در مقایسه با گفتار آزاد مشاهده می‌گردد. در بین متغیرهای دموگرافیک تنها سطح تحصیلات با بخش‌های آماری، ارتباط آماری معنی‌دار دارد.



منابع:

- 1 – Sims, A. (2) (1995): Symptoms in the Mind, 2nd edition, W. B. Saunders Company.
- ۲- ویگوتسکی، لوسیمونویچ (۱۹۶۴)، تفکر و زبان، ترجمه دکتر بهروز عزیدفتری، انتشارات نیما (۱۳۶۷)، تهران.
- 3 – Goren, A. R., tucker, G., Ginsberg, G. m. (1996): Language dysfunction in schizophrenia. Europ J. Disord Communic, 31, 153-170.
- 4 – Szasz, T. (1993): Crazy Talk: Thought disorder or Psychiatric arrogance? Br J. Medical Psychology, 66, 61-67.
- 5- Sims, A. (1) (1995): Speech and language disorders in psychiatry (Proceeding of the fifth Leeds psychopathology symposium), The Royal college of Psychiatrists.
- 6 – Frith, C. D./ Allen, H. A. (1988): Language disorders in schizophrenia and their implication for neuropsychology, In “Schizophrenia: the major issues”. Heinemann Professional Publishing.
- 7- Disimoni, F. G./ Darley, F. L./ and Aronson, A. E. (1977): Patterns of dysfunction in schizophrenic patients on an aphasia test battery. J. Speech hearing Disord, 42: 498-513.
- 8 – Halpern, H./ Mc Cartin-Clark, M. (1984): Differential Language characteristics in adult aphasic and schizophrenic subjects. J. Communic, Disord, 17, 289-307.
- 9 – Hirsch, S. R./ Weindberger, D. R. (1995): Schizophrenia, Blackwell Scientitic Publications.
- 10- Gerson, S. N./ Benson, t. f./ Frazier, S. H. (1977): Schizophrenia versus posterior aphasia. Am J Psychiatry, 134: 6, 966-971.
- ۱۱- ملکی، یوسف (۱۳۶۸)، بررسی گفتار بیماران اسکیزوفرنیک (پایان نامه)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- 12 – Wing, J. K., Brown, G. W. (1970): Institutionalism and Schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968, Pages: 180-194, Cambridge University Press.
- 13 – Frangon, S./ Murray, R. M. (2000): Shizophrenia. 2nd edition, Martin Daitz Ltd.
- ۱۴- نیلی پور، رضا (۱۳۷۲)، آزمون زبان پریشی فارسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.